UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 7

LE

CANCER DE LA VÉSICULE BILIAIRE

ET SES RAPPORTS AVEC LA LITHIASE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Novembre 1914

PAR

Roger ROUVIÈRE

Né à Nimes (Gard), le 10 novembre 1890

Lauréat de la Faculté des Sciences (Prix Berthelot 1908)
Lauréat de la Faculté de Médecine (Prix de fin d'année, Concours 1909)
Aide-Préparateur d'Anatomie (Concours 1910)
Aide-Préparateur de Médecine opératoire (Concours 1911)
Externe des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1909)
Interne des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1913)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

TÉDENAT, professeur, *président.*
FORGUE, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé libre. } *Assesseurs*
LAPEYRE, agrégé libre. }

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

LE

CANCER DE LA VÉSICULE BILIAIRE

ET SES RAPPORTS AVEC LA LITHIASE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

LE

CANCER DE LA VÉSICULE BILIAIRE

ET SES RAPPORTS AVEC LA LITHIASE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Novembre 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Roger ROUVIÈRE

Né à Nimes (Gard), le 10 novembre 1890

Lauréat de la Faculté des Sciences (Prix Berthelot 1908)
Lauréat de la Faculté de Médecine (Prix de fin d'année, Concours 1909)
Aide-Préparateur d'Anatomie (Concours 1910)
Aide-Préparateur de Médecine opératoire (Concours 1911)
Externe des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1909)
Interne des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1913)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse	TÉDENAT, professeur, *président.*	
	FORGUE, professeur.	*Assesseurs*
	SOUBEYRAN, agrégé libre.	
	LAPEYRE, agrégé libre.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✲), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. TÉDENAT, professeur, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé libre.*
FORGUE, professeur-adjoint.	LAPEYRE, *agrégé libre.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de reconnaissance
et de profonde affection.

A MA SŒUR

R. ROUVIÈRE.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT ET INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT.
MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER.
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU.
MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL.
MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL.
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE.

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRYNFELTT.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN.

A MES MAITRES DE CONFÉRENCES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESMONTS

CHEF DES TRAVAUX DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

R. ROUVIÈRE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de profonde gratitude pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de nos études.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de respectueuse admiration

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

CHARGÉ DU COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

En souvenir des années passées dans son laboratoire.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPEYRE

R. ROUVIÈRE

LE

CANCER DE LA VÉSICULE BILIAIRE

ET SES RAPPORTS AVEC LA LITHIASE

INTRODUCTION

Le cancer de la vésicule biliaire n'est pas d'une très grande fréquence. Sur 4.578 autopsies, Kelynack trouve huit cas de néoplasie vésiculaire, soit environ 0,20 0/0.

A l'Institut pathologique de Bâle (1882-1888), on le rencontre sept fois sur 2.520 cas, soit 0,28 0/0. A Kiel, enfin, il n'existe que six fois sur 5.894 autopsies, soit 0,1 0/0.

Le cancer de la vésicule est beaucoup plus fréquent que celui des conduits biliaires. Ici encore, les rapports varient suivant les auteurs. Les frères Mayo donnent une proportion de un cancer des conduits biliaires pour trois de la vésicule; c'est, à peu de chose près, la même conclusion que celle de Kelynack.

Le professeur Tédenat, dans sa statistique personnelle, a trouvé 20 cancers vésiculaires et 2 cancers cholédociens.

Avant 1800, le cancer de la vésicule biliaire, confondu sans doute avec les cholécystites chroniques, n'est mentionné que dans les observations de Stall en 1777, de Hally en 1786, et de Baillie en 1794.

En 1840, Durand Fardel publie, dans les *Archives générales de médecine,* un travail d'ensemble sur la question.

Pendant les années qui suivent, les cas publiés deviennent de plus en plus nombreux, mais l'affection est considérée comme purement médicale, et c'est dans les services de médecine que l'on recueille les observations.

Bertrand (Th. de Paris, 1870), Hauteville (Th. Paris, 1873) s'occupent de la question, et Dénucé, en 1886, lui consacre sa thèse d'agrégation.

Courvoisier, en 1890, rassemble 203 cas. C'est dans ce dernier travail et dans celui d'Heddaeus (clinique de Czerny), publié en 1894, que l'on voit mentionnés les premiers cas de cancer de la vésicule traités chirurgicalement.

Désormais la maladie passe du domaine médical dans le domaine chirurgical et depuis lors les opérations ont une tendance à devenir de plus en plus radicales. Au début, en effet, on ne pratiqua guère que des interventions palliatives, bornées quelquefois même à de simples laparatomies exploratrices. Mais ici, comme pour toutes les néoplasies, au fur et à mesure que se précisa la symptomatologie, on put établir des diagnostics plus précoces et intervenir par conséquent avec plus de chances de succès.

De 1895 à 1900, les chirurgiens américains Elliot, Mayo-Robson, Beevan étudient la maladie et pratiquent, non seulement la cholécystectomie, mais encore la résection hépatique.

En 1899, Lancereaux trace, dans son *Traité des maladies du foie et du pancréas,* le tableau symptomatique, resté classique, de l'affection, mais il ne fait pas même mention du traitement chirurgical.

En 1901, paraît le minutieux travail de Terrier et Auvray, dans lequel les auteurs discutent, avec le plus grand soin, les indications opératoires et les résultats obtenus.

En 1908, Cotte (Th. de Lyon) étudie la question de la chirurgie des voies biliaires et publie, à ce sujet, des statistiques de tous les cas connus jusqu'à ce jour de cholécystectomie pour cancer de la vésicule.

Clermont, de Toulouse, en 1909, publie d'importants travaux sur la question et étudie les lymphatiques de la région; il montre l'importance des opérations larges avec résection hépatique et ablation des ganglions, dans les néoplasies vésiculaires.

Plus récemment, Pagenstecher a publié une statistique très probante sur les rapports de la lithiase et du néoplasme.

Déjà, d'ailleurs, Cotte avait intitulé dans sa thèse, le chapitre relatif au cancer de la vésicule: « Cancer de la vésicule et lithiase ».

Nous verrons, dans le cours de notre travail, le rôle de plus en plus considérable que l'on fait jouer à la lithiase dans l'apparition du cancer et c'est là, précisément, l'un des points sur lequel nous insisterons le plus; les observations que nous publions montrent, d'ailleurs, la coexistence du cancer et des calculs. Un jour viendra peut-être où le traitement du cancer de la vésicule sera un traitement préventif, consistant dans l'ablation systématique des vésicules calculeuses accompagnées d'accidents graves.

ETIOLOGIE

Le cancer de la vésicule est un cancer de l'âge adulte, plus fréquent chez la femme que chez l'homme, le plus souvent primitif et presque toujours consécutif à la cholélithiase.

Cancer de l'âge adulte. — Ici la loi générale en matière d'étiologie du cancer s'applique comme ailleurs: les statistiques sont probantes à ce sujet.

Cancer plus fréquent chez la femme. — La proportion est environ de 4 à 1 d'après Courvoisier et d'après Terrier, de 2 à 1 d'après Lancereaux, de 10 à 1 d'après Siefert.

Cancer primitif. — Le cancer de la vésicule est le plus souvent primitif; il se développe aux dépens de l'épithélium de l'organe.

Cancer consécutif à la lithiase. — Si l'on consulte les statistiques, on trouve les résultats suivants:

Présence de calculs dans	20	cas sur	103	cancers d'après Courvoisier
—	40	—	48	— Zeuter
—	21	—	24	— Heddaeus.
—	100	—	107	— Fleig.
—	16	—	17	— Shuheit.
—	40	—	41	— Zavowsky.

Ces résultats, à première vue, prouvent la coexistence fréquente du cancer et de la lithiase. Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet, mais les avis sont partagés lorsqu'il s'agit de déterminer si la lithiase préexiste au cancer ou si, au contraire, elle lui succède.

Dans le premier cas, il faudrait admettre que la lithiase prédispose au cancer, dans le second, que le cancer prédispose à la lithiase. Les deux théories ont leurs partisans et il semble bien qu'à l'heure actuelle ceux de la première soient les plus nombreux.

Les partisans de la théorie du cancer lithogène se basent d'abord sur le fait que toutes les vésicules néoplasiques ne renferment pas de calculs : il est évident, en effet, que, dans ces cas, très rares nous l'avons vu, on ne saurait invoquer le rôle de la lithiase. Dans les autres cas, disent-ils, les malades ont commencé par être atteints d'un cancer de la vésicule : par suite de la rétention que détermine dans son intérieur la présence des bourgeons néoplasiques, il s'est développé secondairement des calculs ; on sait, en effet, aujourd'hui que la cause de la lithiase se trouve dans l'infection des voies biliaires, et comme la stagnation est la cause première de l'infection, on comprend que des calculs se développent facilement dans une vésicule néoplasique.

En faveur de la lithiase cancérogène, nous trouvons tout d'abord les faits cliniques. Si l'on interroge les malades porteurs d'un cancer de la vésicule, on trouve, le plus souvent, dans leurs antécédents, des crises de colique vésiculaire, ou, si ces troubles n'étaient pas très nets, des crises gastriques, douloureuses ou dyspeptiques, qui n'étaient autres que des crises de coliques hépatiques frustes ; dans ces cas, la lithiase était bien antérieure au cancer.

Ce qui fait que, dans bien des cas, on semble ne pas

trouver d'antécédents lithiasiques chez les cancéreux, c'est la symptomatologie un peu fruste de la lithiase. Ces malades n'ont pas toujours eu d'ictère, car ils ont eu souvent des crises à forme vésiculaire, aussi leur attention ou celle du médecin n'est pas attirée de ce côté; les symptômes se borneront souvent à des douleurs vagues dans l'abdomen ou dans l'épaule, quelquefois à l'hypogastre; dans certains cas même, la crise se bornera à quelques vomissements; on aura porté alors le diagnostic de crise gastrique, de rhumatisme, de névralgie intercostale, et, si l'on ne fouille pas l'interrogatoire du malade, on méconnaîtra la présence d'antécédents lithiasiques qui, pour être frustes, n'en ont pas moins existé.

Par conséquent, la lithiase préexiste cliniquement au cancer d'une manière évidente le plus souvent, sous une forme larvée dans d'autres cas.

Enfin, une preuve de plus en faveur de la lithiase cancérogène est tirée des analogies cliniques. Quelle que soit, en effet, la théorie que l'on adopte sur la genèse du cancer, quelle que soit la cause qu'on lui découvrira sans doute un jour, un fait restera; c'est le rôle que joue l'irritation chronique dans l'apparition des néoplasies. Les exemples en sont multiples: cancer des lèvres, cancer de la langue chez les fumeurs, cancer du scrotum chez les ramoneurs, cancer du gland, ne se voyant presque exclusivement que dans les cas de phimosis avec balano-posthite chronique, cancroïde de la face, succédant à une menue plaque d'eczéma séborrhéique constamment taquinée, tous ces cas plaident en faveur du rôle de l'irritation chronique dans l'apparition des néoplasies. Sous l'influence des contractions lentes, mais répétées, de la vésicule sur les calculs, la muqueuses vésiculaire, constamment excitée, trouve une cause prédisposante de premier ordre pour l'éclosion de

la néoplasie et l'irritation mécanique est aidée ici par l'irritation pathologique de la cholécystite qui existe toujours à un degré plus ou moins marqué.

Un dernier argument est tiré de la plus grande fréquence des néoplasies vésiculaires chez la femme; or, la lithiase simple est, on le sait, beaucoup plus fréquente chez cette dernière que chez l'homme; il y a bien là, par conséquent, une relation directe entre les deux maladies.

Cette discussion semble quelque peu inutile au premier abord et cependant son importance est considérable, car si l'on admet que la lithiase prédispose au cancer, il en résulte que l'on devra, dans certains cas graves de lithiase, proposer une intervention au malade avant que la transformation néoplasique ait eu le temps de se produire. Nous reviendrons sur ce sujet à propos du traitement.

Est-ce à dire, en effet, que tous les lithiasiques succomberont au cancer? Non, assurément. Succombent cependant au cancer des voies biliaires:

15 0/0	des calculeux	d'après	Schreder.
14 0/0	—	—	Sherril.
10 0/0	—	—	Riedel, Czerny, Kummel.
20 0/0	—	—	Petersen.
4 à 5 0/0	—	—	les frères Mayo.

Cotte admet la proportion de 6 0/0 dans sa thèse et il semble bien que cette proportion soit suffisante, car les anciennes statistiques reposaient, en effet, uniquement sur les cas graves qui, plus que les autres, prédisposent au cancer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le sarcome de la vésicule biliaire est très rare. On en connaît six cas (Czerny, Riedel, Destrées, Schwartz, Griffon et Ségal). Ces tumeurs étaient soit des sarcomes fasciculés à cellules fusiformes, soit des angiosarcomes.

L'épithélioma cylindrique, dans ses diverses modalités, est la forme habituelle du cancer primitif. Quant au cancer secondaire, il revêt le caractère histologique de la tumeur primitive et ne saurait, par conséquent, être décrit; nous avons déjà mentionné d'ailleurs son extrême rareté.

Microscopiquement, l'épithélioma cylindrique se présente sous forme de travées cellulaires atypiques ou embryonnaires, pouvant même subir la dégénérescence colloïde; nous rapportons, d'ailleurs, dans l'une de nos observations, l'examen microscopique détaillé de ces tumeurs.

Au point de vue macroscopique, l'épithélioma se présente sous différents aspects : encéphaloïde, squirrhe, colloïde, en proportions à peu près égales. La vésicule est plus ou moins volumineuse et dilatée, ce qui tient, d'une part, à l'épaississement de ses parois et, d'autre part, à la présence dans son intérieur de liquides et de calculs plus ou moins abondants. Cette vésicule peut atteindre parfois le volume du poing, d'une tête d'enfant, d'un œuf d'autruche, d'une tête d'adulte. Le plus souvent, étant

donné surtout ce que nous avons dit plus haut, on trouve, à l'intérieur, des calculs en nombre variable; ils sont tantôt très abondants et de dimensions minimes, tantôt, au contraire, peu nombreux (deux ou trois) et très volumineux.

La bile contenue dans la vésicule subit des transformations; elle est rarement verdâtre, le plus souvent brunâtre (hémorragique), quelquefois purulente et se trouve mélangée avec des fragments détachés de la masse carcinomateuse. Sur la tranche de section des parois de la vésicule, le raclage au scalpel donne un suc laiteux. Quelquefois, on constate la présence de bourgeons plus ou moins saillants, en choux-fleurs, dans son intérieur. Cette forme correspond à la forme bourgeonnante du cancer vésiculaire, la forme infiltrée ne se traduisant, le plus souvent, que par un épaississement des parois de l'organe que l'on pourrait, sans l'examen histologique, prendre pour une vésicule atteinte de cholécystite chronique.

Le cancer du fond mérite d'être séparé du cancer du col: le premier est de beaucoup le plus fréquent et de beaucoup le plus difficile à diagnostiquer; on comprend, en effet, qu'il ne donnera pas de symptomatologie biliaire bien nette et que, par conséquent, il ne deviendra cliniquement appréciable que lorsqu'il se sera déjà propagé à la paroi abdominale, au foie ou aux organes environnants.

Cette anatomie pathologique est faite depuis longtemps, mais, ce qu'il est important de connaître, c'est le mode de propagation du cancer.

Propagation hépatique. — Lancereaux soutenait que, lorsque le cancer de la vésicule se transmet au foie, il s'est développé aux dépens de l'épithélium de revêtement de l'organe; cette opinion a été partagée par beaucoup d'au-

teurs, mais les examens microscopiques sont contre cette opinion.

Clermont, qui a particulièrement bien étudié les lymphatiques des voies biliaires, explique cette transmission du cancer de la vésicule au foie par des connexions lymphatiques. Il remarque que l'épithélioma du fond se généralise rapidement au foie, tandis que celui du col se transmet surtout aux ganglions voisins des voies biliaires.

C'est qu'en effet il existe, entre le fond de la vésicule et le péritoine périhépatique juxtavésiculaire, des relations lymphatiques très nettement établies par les injections; le cancer du fond se transmettra donc très rapidement aux lymphatiques sous-séreux du foie qui communiquent eux-mêmes très largement avec les lymphatiques intrahépatiques.

Au contraire, *le cancer du col,* si l'on excepte évidemment sa période ultime, à peu de tendance à donner des noyaux secondaires dans le foie; ceci vient de ce que les lymphatiques de cette région, au lieu de communiquer avec les lymphatiques hépatiques, se rendent aux ganglions de l'hiatus et aux groupes ganglionnaires dont nous parlerons plus loin.

Mais, malgré les rapports intimes de la vésicule et du foie, le cancer de la vésicule peut parfaitement évoluer pendant de longs mois sans donner de noyaux hépatiques secondaires, ni se propager aux ganglions.

Les observations en sont très nombreuses, et ce point est extrêmement important au point de vue chirurgical: le cancer de la vésicule est un cancer du type intestinal. De même que certaines tumeurs de l'appendice, du cæcum et du côlon peuvent rester longtemps stationnaires, de même le cancer de la vésicule peut ne pas causer de métastases pendant un temps assez long. Une intervention pratiquée

à cette période aura donc le maximum de chances de succès.

Propagation ganglionnaire. — Cette propagation est très importante, car elle permet, connaissant les différents groupes ganglionnaires, de pratiquer leur extirpation. On trouve relatée, çà et là, la constatation de ganglions néoplasiques au cours d'une intervention pour cancer de la vésicule : observations de Cornil (Th. de Bertrand), de Bonamy, de Planteau, de Claude, de Bret, de Petersen, d'Heddaeus, mais les cas en restent rares. Ceci tient à ce que ou bien ces ganglions passent inaperçus, si la lésion en est à sa phase initiale, ou bien ils se perdent dans les adhérences, si l'envahissement ganglionnaire est accompli.

Les lymphatiques de la vésicule naissent de deux réseaux : un sous-muqueux et un sous-séreux. Nous avons vu plus haut que, dans la région du fond, ces lymphatiques communiquaient avec les vaisseaux sous-séreux du foie. Les autres se dirigent, en suivant la face inférieure ou les bords de la vésicule, vers certains relais situés toujours au même point et bien étudiés par Clermont. Ce sont :

1° *Le ganglion de Mascagni* ou ganglion du col, parfois unique, parfois double, accolé sur la face externe du col de la vésicule ;

2° *Le ganglion de l'hiatus* de Winslow, situé à 10 ou 15 millimètres au-dessus du point où le cholédoque s'enfonce derrière le duodénum ; il est de forme allongée, parallèle au cholédoque ; si l'on introduit le doigt dans l'hiatus et que l'on tende ainsi les organes du petit épiploon, on fait saillir non pas le cholédoque, mais le ganglion qui mérite donc bien le nom de ganglion de l'hiatus ;

3° *Le ganglion duodénopancréatique supérieur,* situé en

arrière du pancréas et de la première portion du duodénum, dans le sillon duodénopancréatique;

4° *Les ganglions duodénopancréatiques inférieurs,* situés en arrière du pancréas.

Ces quatre groupes de ganglions sont les relais dans lesquels viennent se jeter tous les troncs lymphatiques de la vésicule biliaire; de là partent d'autres vaisseaux qui aboutissent aux ganglions des groupes pré-aortiques moyen et supérieur.

On voit donc que les métastases lymphatiques des néoplasmes de la vésicule se feront, soit vers le foie, par les lymphatiques sous-séreux, pour le cancer du fond, soit vers les ganglions que nous venons d'indiquer et, par leur intermédiaire, vers les ganglions pré-aortiques, pour le cancer du reste de l'organe.

L'existence de ces groupes ganglionnaires nous explique l'apparition de symptômes de compression au cours des cancers de la vésicule; la compression du col par le ganglion de même nom entraînera l'ictère, celle de la veine porte ou du cholédoque, par le ganglion de l'hiatus, entraînera, soit l'ascite, soit l'ictère.

Propagation aux organes voisins. — Indépendamment de la propagation hépatique ou ganglionnaire que nous venons de voir, le cancer de la vésicule peut se transmettre aux organes environnants.

La première condition de cette propagation est l'existence d'adhérences, car il ne s'agit plus ici d'une propagation par voie lymphatique, mais d'une propagation par contiguïté.

Ces adhérences se forment très vite dans le cancer de la vésicule; ce sont elles qui entraînent, au point de vue clinique, les douleurs dont se plaignent les malades et qui,

au point de vue opératoire, apportent un sérieux obstacle aux opérations radicales. Les adhérences se feront facilement avec le foie qui est, même à l'état normal, en contact intime avec la vésicule.

Elles se feront avec le duodénum, le côlon transverse, la paroi abdominale; plus tard, elles envahiront l'estomac et même le pancréas; ce sont ces cas graves, presque généralisés, que rencontraient autrefois les chirurgiens et devant lesquels il fallait renoncer à toute intervention, à cause des dangers de déchirure intestinale ou de l'hémorragie; c'est là une raison de plus pour porter le plus tôt possible le diagnostic de cancer de la vésicule afin d'opérer avant cette période ultime.

Il peut se créer des fistules biliaires à la peau, à l'intestin, et, si le malade n'est pas emporté par quelque affection intercurrente, il succombera à la péritonite ou à la cachexie cancéreuse.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est classique, depuis Lancereaux, de décrire deux formes principales au cancer de la vésicule biliaire :

Une forme biliaire;
Une forme hépatique.

A. *Forme biliaire.* — C'est de beaucoup la plus connue. Le début est insidieux. Les troubles digestifs ouvrent la scène : anorexie, troubles gastriques vagues, météorisme, tels sont les signes de début. Mais le symptôme principal de cette forme, c'est l'*ictère*, ictère qui peut revêtir toutes les modalités symptomatiques : c'est tantôt un ictère léger et fugace, tantôt un ictère plus foncé et plus prolongé, persistant pendant toute la durée de la maladie ; les crises frustes semblent être dues, dans la forme particulière qui nous occupe, à de véritables crises de colique hépatique ; à cette période, en effet, si l'on admet la théorie de la lithiase cancérogène, la symptomatologie n'est pas encore l'expression de la présence d'un néoplasme, mais celle de la présence de calculs.

Peu à peu, l'ictère devient plus foncé ; le cancer obstrue le canal cystique et, à cette période, l'ictère ne saurait s'amender : il devient donc continu. C'est alors que le malade peut présenter des crises ; elles sont dues, soit à

l'expulsion de quelques menus calculs, de quelque fragment de bourgeon néoplasique, ou encore de quelque caillot sanguin. Peu à peu, les voies biliaires sont envahies et l'ictère s'accompagne alors d'une décoloration permanente des matières fécales.

Cette teinte ictérique est augmentée d'ailleurs par la couleur spéciale que présentent tous les cancéreux avancés.

Un autre symptôme fréquent est la *fièvre*, due à l'infection du contenu de la vésicule biliaire; elle se manifeste, tantôt par des accès à grandes oscillations, c'est la fièvre hépatalgique de Charcot, tantôt, au contraire, par une élévation légère, mais constante de la température; cette fièvre qui est due à la cholécystite accompagnant toujours le cancer trouve des conditions de plus en plus favorables dans la rétention qui augmente à mesure que la maladie évolue, et dans l'état de moindre résistance du malade qui va, lui aussi, en croissant sans cesse.

Les *douleurs* sont aussi un symptôme qui manque rarement: nous avons vu plus haut qu'elles revêtaient la forme de coliques hépatiques, mais, peu à peu, elles ne sont plus déterminées par le passage d'un corps étranger dans le cholédoque; elles sont dues aux adhérences qui se forment dans la profondeur et qui, au moindre tiraillement, se manifesteront par ce symptôme.

La palpation révèle la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, siégeant au-dessous des fausses côtes droites et légèrement douloureuse à la pression. Cette tumeur peut donner les signes des tumeurs rénales et nous y reviendrons au chapitre du diagnostic.

Dans la première observation que nous rapportons, en effet, on verra que la tumeur présentait le contact lombaire à la palpation et se trouvait séparée, à la percus-

sion, de la matité hépatique par une bande de sonorité. Ces deux signes, en effet: sonorité sous-hépatique et contact lombaire, ne sont pas symptomatiques d'une tumeur rénale, mais se trouvent dans tous les cas où la tumeur s'étend assez en arrière au contact de la paroi postérieure de l'abdomen et assez bas pour permettre au côlon transverse de s'interposer entre elle et le foie.

La symptomatologie que nous venons d'indiquer, s'applique surtout aux tumeurs de la région du col de la vésicule; en réalité, tous les signes que nous avons mentionnés sont symptomatiques, non pas d'un cancer de la vésicule, mais d'une cholécystite; quelle que soit sa nature, lithiasique ou cancéreuse, toutes les fois qu'il y aura rétention et infection dans la vésicule, la symptomatologie sera la même.

La lithiase seule peut très bien donner tout le tableau clinique et c'est pourquoi il sera très difficile, sinon impossible, en clinique d'affirmer, avant l'intervention, si, chez une malade qui présente de l'ictère chronique, de la fièvre, des douleurs et une tumeur sous-hépatique, on trouvera simplement une vésicule atteinte de cholécystite lithiasique ancienne ou un cancer.

En un mot, et c'est là le point le plus important de la symptomatologie, on ne peut saisir le moment où la tumeur de bénigne devient maligne. Nous verrons, à propos du traitement, combien cette notion élargira peut-être un jour les indications opératoires du traitement de la lithiase biliaire.

B. *Forme hépatique.* — Tandis que la forme biliaire correspond, au point de vue anatomopathologique, au cancer localisé à la région du col de la vésicule ou tout au moins au cancer ne s'étendant pas aux organes voisins, la forme

hépatique correspond aux cas dans lesquels il n'y a pas rétention vésiculaire; elle est beaucoup moins fréquente que la forme précédente et correspond surtout aux cancers du fond de l'organe qui, comme nous l'avons vu, se transmettent facilement au foie, sans se propager vers le col.

Nous aurons bien, dans certains cas, au début de la maladie, des douleurs dues au passage des calculs dans le cholédoque, mais nous n'aurons jamais l'ictère foncé et prolongé de la forme biliaire.

Le foie, au contraire, est augmenté de volume dès le début et l'on porte alors le diagnostic de cancer secondaire du foie sans avoir pu, dans bien des cas, reconnaître son point de départ. Les douleurs éprouvées par le malade sont dues aux adhérences qui se produisent entre la tumeur et la paroi abdominale.

Cette forme est peu intéressante, d'abord à cause de sa rareté, en second lieu à cause de la difficulté de son diagnostic, et enfin à cause de l'inefficacité du traitement chirurgical, lorsqu'on la rencontre; il ne s'agit plus, en effet, d'une tumeur de la vésicule, mais d'un cancer du foie inopérable.

C. *Autres formes.* — Suivant le siège de la lésion, suivant sa marche plus ou moins rapide, on a décrit plusieurs formes: une forme ulcérante avec péritonite, une forme de sténose pylorique, une forme d'obstruction intestinale; mais il est rare que la maladie se manifeste dès le début sous ces formes accessoires; en réalité, ce sont là des complications des deux grandes formes que nous avons étudiées, et il faudra toujours rechercher les signes principaux de la forme biliaire, tels que l'ictère, les crises de colique hépatique, la fièvre, etc.

DIAGNOSTIC

La question du diagnostic est très importante, car c'est d'un diagnostic précoce que dépend, dans le cancer vésiculaire, comme dans tous les cancers, l'efficacité de l'intervention.

Nous ne ferons pas le diagnostic des tumeurs abdominales qui n'entre pas dans le cadre de notre sujet et nous supposerons que le diagnostic de tumeur vésiculaire est établi; d'ailleurs, l'histoire clinique est généralement assez nette pour attirer d'emblée l'attention du médecin du côté du foie. La question à se poser est alors la suivante: se trouve-t-on en présence d'une lithiase avec cholécystite ou en présence d'un cancer? Là est le seul écueil dans la forme biliaire.

Il est difficile de répondre à cette question; ce ne sont pas évidemment les lithiases récentes, sans symptômes appréciables sinon quelques crises frustes, qui prêtent à confusion avec le cancer: ce sont les lithiases compliquées de cholécystites, anciennes par conséquent.

Or, dans ces cas, le diagnostic est à peu près impossible à la première période, au moment où la lithiase se transforme en cancer. C'est en intervenant pour de vieilles cholécystites que la plupart des chirurgiens ont trouvé une vésicule cancéreuse. Sur 15 cholécystectomies, le profes-

seur Tédenat a trouvé 5 vésicules cancéreuses et nous en rapportons plus loin les observations; les anciennes statistiques étaient faussées parce qu'elles étaient basées sur les cas graves, opérés tardivement: l'ictère chronique, la cholérine menaçante, la persistance des douleurs décidaient à l'intervention. Or, il est actuellement démontré que ce sont là des signes de cancer dans 50 0/0 des cas.

Nous n'avons envisagé que le diagnostic de la forme biliaire, la plus fréquente, la plus importante, celle qui prête le plus à erreur et la seule dans laquelle l'intervention ait quelques chances de succès.

La forme hépatique, en effet, ne devient le plus souvent appréciable en clinique que lorsque l'envahissement du foie est complet; le diagnostic de cancer du foie est alors assez facile à porter, mais si le malade n'a pas dans ses antécédents des crises hépatiques douloureuses, il sera impossible, le plus souvent, de reconnaître cliniquement le point de départ de ce cancer du foie.

Nous ne dirons rien du pronostic qui est très grave si la maladie est abandonnée à elle-même; le traitement peut prolonger la vie du malade, et c'est seulement la précocité du diagnostic qui permettra une cure aussi radicale que possible, donnant le maximum de chances de survie.

OBSERVATIONS

Observation Première

Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat. Inédite

Epithélioma de la vésicule biliaire consécutif à la lithiase. Cholécystectomie avec résection hépatique

C. T..., 69 ans, s. p., au Vigan, entre salle Paulet, n° 33, le 14 février 1914.

La malade se plaint d'une tumeur dans le flanc droit; elle s'est aperçue de son existence il y a trois mois et affirme qu'elle n'a pas augmenté de volume depuis cette époque.

A ce moment, la malade a eu des crises douloureuses, subintrantes, à type gastralgique, mais avec irradiation dans tout le côté droit de la paroi thoracique; ces crises présentaient, tous les deux ou trois jours, des paroxysmes, mais ne s'accompagnaient jamais de vomissements; la durée de ces douleurs a été de un mois environ, du 15 novembre au 15 décembre 1913. Pendant ce temps, l'appétit avait complètement disparu.

Au 15 décembre 1913, les crises se sont accompagnées d'ictère; cet ictère a été très léger, les conjonctives étaient décolorées au bout de huit jours; pendant ces huit jours, les matières fécales ressemblaient à du plâtre, nous dit la malade, et, au bout de ce laps de temps, les douleurs ont complètement disparu.

La malade prétend n'avoir jamais eu auparavant de crises analogues, mais, en continuant l'interrogatoire, on ap-

prend qu'elle était sujette à des douleurs gastriques fréquentes, ne durant que deux ou trois heures et qu'elle mettait sur le compte d'un embarras gastrique.

La malade a bon appétit et l'amaigrissement qu'elle avait constaté à la suite des crises de novembre a disparu à l'heure actuelle.

Rhumatisme il y a dix ans.

Aucun antécédent héréditaire.

Examen. — A 5 ou 6 centimètres au-dessous du rebord costal droit, sur la ligne joignant ce rebord à l'ombilic, on constate, à l'inspection à jour frisant, une légère voussure.

La palpation révèle, à ce même endroit, l'existence d'une tumeur piriforme, dont la base regarde l'ombilic et dont le volume est celui d'une grosse orange; la tumeur est dure et régulière; elle est mobile latéralement. La pression est indolore et il semble que la tumeur soit superficielle, immédiatement au-dessous de la paroi.

Elle donne très nettement le contact lombaire et elle est séparée du foie, dont la matité est normale, par une bande de sonorité de trois ou quatre centimètres; malgré ces signes en faveur d'une tumeur rénale, les antécédents du sujet ne permettent pas de ne pas poser le diagnostic de tumeur de la vésicule biliaire.

Rien aux autres appareils.

L'état général est bon.

Il n'y a pas de fièvre et l'examen des urines ne révèle aucun principe anormal; quantité, 2.200; urée, 18 grammes par jour.

On prescrit:

Benzoate de soude. . . } ää 4 grammes
Salycylate de soude. . . }

en infusion à prendre dans la journée.

On donne à la malade quatre capsules d'essence de téré-

benthine par jour, et on intervient le 19 février 1914.

Anesthésie à l'éther goutte à goutte.

Incision de Beevan.

La vésicule, non adhérente à la paroi, l'est, au contraire, intimement à l'intestin grêle et au côlon transverse en bas, au tissu hépatique en haut. On est obligé, pour ne pas entraîner de déchirure intestinale, de sculpter la vésicule au bistouri en bas. En haut, le doigt suffit à libérer les adhérences hépatiques. Une fois la vésicule libérée, on lie le pédicule du canal et de l'artère cystiques; au ras de la vésicule, on fait une suture hépatique au catgut, et on referme la paroi en laissant, au niveau de la partie inférieure de l'incision, un gros drain entouré d'une mèche de gaze iodoformée qui plonge sous le foie.

A la suite de l'intervention, la malade n'a ni souffert, ni vomi; il n'y a pas eu de température lorsque l'on refait le pansement le 22 février, c'est-à-dire trois jours après l'intervention. Le pansement est souillé par un peu de sang; on enlève la gaze iodoformée qui entoure le drain, mais on laisse en place ce dernier.

Le 25 février, on enlève les crins de Florence: le drain est remplacé par un moins volumineux; la réunion est parfaite.

Le 27, le pansement est souillé, la malade a eu des selles diarrhéiques et n'a uriné que 500 cc. Les matières sont décolorées. Pas de vomissements, bonne langue, bon état général : on refait le pansement et l'on constate qu'il est souillé de bile.

Les 28 février et 1er mars, la fistule biliaire persiste.

Le 2 mars, la fistule diminue, les matières reprennent leur coloration normale, on enlève le drain.

Le 3 mars, l'amélioration continue.

Le 4 mars, le pansement est à peine souillé.

Le 5 mars, la fistule est tarie.

Le 6, la malade se lève une heure.

Le 7 et le 8, également.

Elle sort le 10, n'ayant plus, au niveau de la partie inférieure de l'incision, qu'une perte de substance de l'étendue d'une pièce de 50 centimes à la place du drain.

Nous avons appris, depuis lors, que la malade était morte en juin 1914, avec des symptômes de péritonite.

Examen de la tumeur. — 1° *Macroscopique.* — La vésicule enlevée a des parois très épaisses et scléreuses : son volume est celui d'une poire de moyennes dimensions et son aspect est blanchâtre; la paroi, épaisse au niveau du fond de 1 cent. 1/2, diminue au niveau du col, où elle n'est plus que de 2 ou 3 millimètres. La surface interne est lisse près du col, irrégulière près du fond : on a l'impression d'une vésicule cancéreuse. Son intérieur est rempli d'une multitude de calculs (2 ou 300) dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un pois; ces derniers, au nombre d'une dizaine, sont jaunâtres et cubiques, tandis que les petits sont blanc nacré, irréguliers ou riziformes, et nagent quelquefois à la surface de l'eau. En plus des calculs, on trouve, à l'intérieur, des masses spongieuses, très adhérentes, au nombre de deux ou trois, aplaties et ayant environ 4 centimètres de diamètre sur 5 millimètres d'épaisseur; elles semblent constituées par du sang englué de sécrétions et de produits inflammatoires.

2° *Microscopique* (MM. Bosc et Lapeyre). — On pratique une coupe dans la portion épaissie de la paroi vésiculaire.

La tumeur débute sous la muqueuse de la vésicule. Dans

ses premiers stades, elle est constituée par des tubes d'épitélium cylindrique revêtus par des cellules hautes, ayant déjà un caractère atypique.

De très bonne heure, le stade d'épithélioma cylindrique est franchi, et la tumeur est constituée par des alvéoles de cellules atypiques, disséminées dans le tissu conjonctif. Au sein de ces alvéoles néoplasiques apparaissent rapidement les formations suivantes caractéristiques de cette tumeur : ce sont d'abord de véritables cellules géantes épithéliales possédant un protoplasma foncé et plusieurs noyaux disséminés dans son intérieur.

Ce sont ensuite de volumineuses masses plasmodiales multinucléées, dont quelques-unes sont creusées de vacuoles renfermant des détritus cellulaires et des globules rouges. En d'autres points, on constate l'existence de véritables lacunes vasculaires qui sont revêtues par des bandes protoplasmiques multinucléées, d'aspect syncitial et par des cellules polygonales atypiques à protoplasma assez clair.

Dans les parties profondes de la tumeur, on constate l'infiltration épithéliale interstitielle, qui se fait par des cellules mononucléées, mais qui ne tardent pas à donner naissance à de volumineux amas plasmodiés. Dans le tissu conjonctif interstitiel de la tumeur il y a des vaisseaux sanguins en assez grand nombre, qui se présentent, en certains points, sous la forme de véritables lacunes vasculaires; on constate aussi la présence de foyers de désintégration hémorragico-fibrineuse. Il s'agit, en somme, d'un épithélioma de la vésicule biliaire à formation giganto-cellulaire et d'aspect syncitial.

Observation II

Inédite. — Dûe à l'obligeance de M. le professeur Tédenat
Cholécystectomie pour néoplasme de la vésicule calculeuse. — Guérison

Rose B..., 58 ans, née à la Bezontarie (Aveyron), entre le 26 décembre 1903 pour une tumeur du flanc droit; réglée de 18 à 46 ans; huit accouchements sans accidents. Il y a un an, troubles digestifs; douleurs après les repas, vomissements fréquents deux ou trois heures après le repas. Douleurs dans l'hypocondre droit, irradiant vers le scapulum. Il y a six mois, on constate une tumeur sous les fausses côtes droites. Douleurs plus continues, mais moins aiguës. Malade amaigrie, colorée; jamais d'ictère. Tumeur du volume du poing, mobile dans le sens transversal, se continuant avec la matité hépatique; pas de ballottement. On diagnostique tumeur de la vésicule.

30 décembre : Incision le long du bord externe du muscle droit. On arrive sur la vésicule tendue, très adhérente au foie; pas d'adhérences à l'estomac ni à l'intestin. Une petite incision donne une cinquantaine de calculs polyédriques et un liquide visqueux non verdâtre Le décollement de la vésicule d'avec le foie est pénible et donne lieu à un suintement sanguin assez abondant, que le tamponnement arrête. Excision sur le canal cystique. Péritonisation du sinus occupé par la vésicule. Mèche de gaze et suture de la paroi.

Pas d'accident post-opératoire. Mèche enlevée le sixième jour. La malade digère bien, œufs, lait, purées. Selle quotidienne. La malade sort en bon état le 22 janvier et jouit d'une parfaite santé pendant 23 mois. Alors, douleurs, ascite et mort 26 mois après l'opération.

Examen des pièces opératoires (Professeur Bosc). — Vésicule dilatée, à parois très épaissies; face externe lisse, violacée. Au niveau du col, tumeur gris jaunâtre, dure, du volume d'une grosse noix, faisant saillie dans la cavité vésiculaire. De son point d'implantation part un placard dur, saillant, gris rosé, étalé en éventail sur la moitié distale de la vésicule. Ce placard est parsemé de menus foyers caséiformes. Nombreuses plaques analogues de 2 à 4 centimètres de diamètre, disséminées un peu partout sur la face interne de la vésicule. Quelques-unes de ces plaques sont exulcérées, d'autres ont un aspect tomenteux, mou.

Le gros placard de la portion cervicale coupé montre une épaisseur de 8 à 10 millimètres; un tissu dense, gris jaune, ferme.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une néoplasie épithéliale de type adéno-épithéliomateux, à cellules cylindroïdes, à karyokinèse fréquente. Culs-de-sac avec végétations épithéliales; réaction connective à forme sclé-reuse; nombreux îlots de dégénérescence muqueuse.

A noter que l'albumine existante dans l'urine avant l'opération (de 0 gr. 20 à 0 gr. 80 par litre) ne fut plus retrouvée dans les analyses faites à partir du quinzième jour, et que la quantité d'urine passa de 5 à 600 grammes à 1.400 et 1.600 grammes. Le taux de l'urée passa de 15 à 19 grammes.

Observation III

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat

Coliques hépatiques remontant à quatre ans. — Ictère datant de deux ans. — Cancer de la vésicule sans adhérences. — Cholécystectomie. — Survie de quatre ans et trois mois.

Julie C..., 45 ans, bien réglée de 15 à 43 ans; trois ac-

couchements normaux. Depuis cinq ans, dyspepsie avec douleurs immédiatement après les repas. Il y a quatre ans, attaques de coliques hépatiques sans ictère. Il y a deux ans, ictère intense qui dura deux mois, avec dyspepsie très douloureuse. La vésicule était perceptible, sensible à la pression. Il y a un an, ictère qui a subi des alternatives de diminution et d'aggravation. Purgatifs; saisons à Brides.

2 mai 1895: amaigrie, ictère léger, douleur permanente sous les fausses côtes droites. On sent la vésicule du volume d'un gros œuf de poule. Choléoptectomie le 15 mai. Guérison sans accidents.

La malade quitte la clinique le 14 juin. Bon appétit; digestions à peu près normales. En mai 1896, la malade avait gagné douze kilogrammes. Elle continua à être bien portante jusqu'en juillet 1899. A ce moment, hématémèses, cachexie rapide avec ascite. Mort le 4 août, c'est-à-dire quatre ans et trois mois après l'opération.

La vésicule était à peu près libre d'adhérences; pas de ganglions en apparence atteints.

Paroi de la vésicule régulièrement épaisse de 12 millimètres. Elle contenait environ 250 grammes de liquide visqueux verdâtre. Un nodule dur, grisâtre, du volume d'une petite noix, à surface framboisée, environnée par une muqueuse épaissie, molle, tomenteuse.

L'examen microscopique fait par M. Kiener montre un adénome cylindrique avec îlots de cellules déformées dans un stroma fibroïde, pénétrant jusqu'à la tunique musculaire, bourrée d'éléments embryonnaires. Le nodule occupait le voisinage du col sans l'oblitérer.

Observation IV

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat

Lithiase vésiculaire. — Epithélioma du fond de la vésicule. — Cholécystectomie. — Survie de treize mois. — Mort d'apoplexie cérébrale sans aucun phénomène indiquant la récidive.

Marie D..., 49 ans, réglée de 12 à 45 ans. Cinq accouchements. Fièvre typhoïde grave à 41 ans. Depuis trois ans, dyspepsie, ballonnements douloureux après le repas; de loin en loin, vomissements. Constipation.

Le docteur Bermont n'obtient aucun résultat important de diverses médications (saison à Vichy, laxatifs, limonade chlorhydrique). Depuis un an, douleur continue dans l'hypocondre droit, exaspérée pendant une ou deux heures après les repas. Il y a cinq mois, ictère léger, qui a beaucoup augmenté depuis trois mois. Dyspepsie, amaigrissement accentué. Selles souvent décolorées. La pression dans la région de la vésicule provoque une douleur modérée et décèle une menue tumeur. Avec Bermont et Dusser, nous pensons à des calculs biliaires (3 avril 1898). La tumeur augmente de volume avec aggravation des douleurs; le 10 mai, elle forme saillie ronde, dure, dépassant les fausses côtes de deux travers de doigt, assez sensible à la pression, mobile dans le sens transversal.

15 mai 1898: Cholécystectomie point malaisée, malgré quelques adhérences peu serrées avec la région pylorique; pas de ganglions apparents. Réunion dans la paroi abdominale, avec mèche de drainage autour d'un tube en caoutchouc.

Vomissements répétés dans la journée. La température varie de 36°8 à 37°9. Le pouls est à 80-95, facies bon.

Selle abondante le 18 mai. Mèche enlevée le 21 mai; cicatrisation complète le 3 juin. La malade reprend bon appétit, digère mieux, ne souffre plus. Le 15 décembre, elle avait gagné 8 kilogs; ictère disparu. En juin 1899, c'est-à-dire un an après l'opération, attaque d'apoplexie, et le docteur Bermont n'avait constaté aucun phénomène indiquant la récidive.

Examen de la vésicule. — Dimensions d'un gros œuf de poule, paroi épaissie, dure, lisse à l'extérieur. Deux calculs accolés, faisant un ensemble du volume et de la forme d'un gland de chêne; liquide noirâtre, poisseux. Sur ce fond de la vésicule, tumeur papillomateuse du volume d'une grosse framboise, dure, grisâtre, entourée de franges saillantes et molles.

Examen microscopique. — Adéno-épithéliome cylindrique, avec stroma épais dans les plans profonds, où il était formé de travées fibreuses, plus mou dans les plans superficiels où, entre des travées fibroïdes plus rares, étaient de nombreux leucocytes.

Il semble bien que, dans ce cas, l'ictère était dû aux adhérences qui comprimaient et déviaient l'origine du cholédoque, peut-être aussi au liquide dense et poisseux qui remplissait la vésicule. J'ai observé deux autres cas où l'ictère a disparu définitivement après libération d'adhérences péricholécystiques.

Observation V

Cancer de la vésicule avec crises ictériques anciennes. — Cholécystectomie. — Survie de neuf mois.

Femme G..., 51 ans. Dyspepsie douloureuse depuis cinq ans. Depuis un an, plusieurs poussées d'ictère léger. Il y

a six mois, douleurs permanentes dans d'hypocondre droit, où le docteur Charpenel découvre (mai 1902) une tumeur arrondie, légèrement douloureuse à la pression. Amaigrissement notable; digestions douloureuses, quelquefois vomissements deux ou trois heures après le repas. Jamais de colique hépatique franche. Le 10 juin 1902, la malade entre à ma clinique: très amaigrie, tumeur du volume du poing à la partie antérieure du rebord costal droit, un peu mobile; pas d'ascite, léger ballonnement du ventre; un peu d'ictère; matières fécales assez colorées.

15 juin: Cholécystectomie point trop pénible, malgré quelques adhérences au duodénum. Suture de la paroi sans drainage. Guérison après une légère suppuration. La malade quitta la clinique le 6 juillet, avec un état général bon. Elle resta en bonne santé pendant sept ou huit mois, digérait bien, engraissée de 4 kilogs. Alors douleurs vives dans le ventre, ascite rapide et abondante. Mort neuf mois après l'opération.

Examen de la vésicule. — Paroi épaissie; liquide noir, visqueux, contenant une vingtaine de petits calculs. Plaque dure, grisâtre, à surface grenue, ulcérée par places, occupant le fond de la vésicule. Petite masse végétante au voisinage du col. L'examen microscopique n'a pas été fait.

Observation VI

Professeur Tédenat, d'après les notes du docteur Dupert (mai-juin 1901)

Malade de 56 ans, atteint d'ictère chronique depuis six mois.

On trouve un cancer de la vésicule avec nodules disséminés dans le grand épiploon.

Cholécystectomie avec résection d'un bloc de tissu hépatique. Hémorragie capillaire tenace par la tranche hépatique.

Bourrage à la gaze iodoformée.

Au neuvième jour, cicatrisation.

Mort avec ascite deux mois et huit jours après l'opération. A l'examen, la vésicule contenait une dizaine de calculs et une masse végétante dure du volume d'un marron.

Observation VII

In thèse Cotte. — Résumée

Accès d'occlusion intestinale. — Cholécystectomie. — Cancer de la vésicule biliaire avec adhérences au côlon. — Survie de deux ans et demi.

Mme B..., 68 ans, entre à l'hôpital pour accès d'occlusion intestinale allant en s'accentuant depuis deux jours et demi.

Rien dans les antécédents.

Etat général atteint depuis un an. Souffre dans le ventre; vomit quelquefois. L'appétit est toutefois un peu conservé; un peu de constipation.

Depuis deux jours et demi, tous ces symptômes se sont aggravés: douleurs violentes dans l'abdomen, vomissements fréquents et abondants. Malade envoyée à l'hôpitas, dès le matin du troisième jour, par son médecin traitant.

Examen à l'arrivée : femme très amaigrie, traits tirés, yeux excavés, léger hoquet et envies fréquentes de vomir; pas de dyspnée.

Abdomen moyennement météorisé; on voit se dessiner les anses grêles sous la paroi; la respiration est facile. Il existe une hernie crurale qui a, paraît-il, augmenté de

volume depuis deux jours, mais qui, au moment de l'examen, est parfaitement réductible.

A la palpation de l'abdomen, résistance dans l'hypocondre droit; à ce niveau, on arrive à délimiter une tuméfaction qui semble tenir au foie, dont elle suit tous les mouvements.

La malade accuse une certaine douleur.

Elle n'a jamais porté grande attention sur ce côté de l'abdomen et ne peut renseigner sur le début de la tumeur.

Pouls rapide à 80, mais plein et tendu.

Pas de température.

Comme l'obstruction n'est pas complète, que les signes généraux ne menacent pas, on se contente de placer la glace sur l'abdomen, de donner des lavements huileux et de faire des injections de sérum artificiel.

Le lendemain, les vomissements n'ont pas cessé; ils sont nettement bilieux; il y eu des gaz, mais pas de matières; le pouls est moins fort, pas plus rapide.

L'examen permet de se rendre compte des caractères de la tuméfaction; elle siège en dehors du bord externe du muscle droit; elle se continue avec le foie; mobile avec lui, elle est dure, tendue, régulière. On songe à un obstacle placé sur le côlon transverse ou à une tumeur du foie.

Intervention le lendemain. Incision sur le bord externe du grand droit; le péritoine une fois ouvert, on tombe sur la vésicule distendue.

Le côlon transverse adhère à la vésicule; il est comprimé par elle, dilaté au-delà, rétréci plus bas; on met une pince sur les adhérences, on le libère et on le refoule dans l'abdomen. La vésicule biliaire est dure, volumineuse, à parois très épaisses. Il n'y a pas cependant de point suspect sur le péritoine ni sur le foie.

On incise le péritoine au-dessus de la vésicule, parallèle-

ment au bord inférieur du foie : décollement sous-hépatique de la vésicule. Incision du péritoine à 1 centimètre des bords de la vésicule, qui se trouve ainsi pédiculisée; ligature aussi près que possible du cholédoque.

On ne perçoit pas de ganglions; le pylore est normal.

Fermeture et drainage avec une mèche de gaze.

Suites opératoires. — Shock profond le jour même de l'opération. On enlève la mèche le deuxième jour et, dès le quatrième, la bile s'écoule en abondance dans le pansement.

Trois mois après, la fistule était tarie, la plaie cicatrisée; la malade avait repris son travail.

Examen de la pièce. — La vésicule a les dimensions d'une poire. A l'incision, il s'écoule un liquide grisâtre, sanieux, mêlé à des particules solides; quatre petits calculs sont libres dans la vésicule.

Le cystique est libre. Les parois vésiculaires ont plus d'un centimètre en certains points. Vers le fond, elles sont moins épaisses.

A l'intérieur, elles sont tapissées de végétations molles, friables, visqueuses.

L'*examen histologique* a révélé l'existence d'un cancer.

Suites opératoires. — Opérée en août 1905, la malade est allée bien jusqu'en mars 1908. A ce moment, signes de récidive locale, ascite et mort en avril 1908, soit deux ans et demi après l'opération.

Observation VIII

Albertin et Maire (Soc. de chir. de Lyon, 15 janvier 1908)

Néoplasme de la vésicule biliaire avec localisations secondaires au côlon transverse et au foie. — Cholécystectomie, excision de la portion néoplasique du côlon avec suture termino-terminale des deux bouts et résection partielle du foie. — Guérison.

Mme G..., 52 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur de l'hypocondre droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels. Pas de coliques hépatiques.

Maladie aurait débuté il y a quatre ans. Les symptômes étaient surtout nerveux: vertiges, céphalées persistantes, faiblesse générale, etc... Au point de vue digestif, l'appétit est resté normal jusqu'à l'époque actuelle; cependant, la langue était, dans ces derniers temps, blanchâtre et saburrale. Périodes de diarrhée fétide. La malade a été ictérique à une date qu'elle ne pourrait préciser.

Il y a trois ans, douleur dans la région hépatique, d'abord légère, vague, transitoire; peu à peu, les douleurs sont devenues plus violentes, rappelant les crises de coliques hépatiques. Depuis six mois, les phénomènes douloureux se sont accentués avec sensations de pesanteur pénibles dans l'hypocondre droit, et violentes crises au moment du repas ou peu après.

Il y a un an seulement, est apparue une tumeur dans la région abdominale droite.

Examen. Inspection. — Saillie à droite de la ligne médiane, presque dans la fosse iliaque. La tumeur est submate à la percussion. Elle est très mobile, dure, lisse, du volume du poing.

Opération en décembre 1907.

Laparatomie latérale. — On aperçoit une grosse tumeur mobile et dure que l'on explore. C'est un néoplasme de la vésicule biliaire propagé au foie et au côlon transverse qui adhère à la tumeur.

On place une pince longuette sur le côlon à chaque pôle de la tumeur et on le sectionne.

Le foie est sectionné tout autour de la vésicule au thermo-cautère chauffé au rouge sombre.

Il n'y a presque pas d'hémorragie; on tamponne la tranche hépatique avec des mèches de gaze.

Suture termino-terminale du côlon sectionné par surjet péritonéal et muqueux.

On enlève les mèches de gaze hépatique : il se produit une hémorragie que l'on arrête par un tamponnement à la gaze, imbibée d'eau oxygénée.

On suture et on draine par les mèches.

Suites opératoires bonnes. Ablation des mèches au quatrième jour.

Fistule biliaire au sixième jour, s'étant tarie au bout d'un mois. Cicatrisation.

Mort trois mois après, avec signes de récidive.

Observation IX

In thèse Cotte. — Lyon, 1908. — Résumée

Cancer de la vésicule. — Cholécystectomie par morcellement. — Fistule gastrique secondaire. — Mort au bout de deux mois et demi

Femme de 54 ans, ayant remarqué, il y a un an, dans la fosse iliaque droite et à la région ombilicale, l'existence d'une tumeur qui, depuis le mois de novembre, a doublé de volume. Pas de vomissements, appétit diminué, amaigrissement léger.

Crises hépatiques il y a quatre ans; deux ans après, nouvelle crise, avec expulsion d'un calcul dans les selies.

A la palpation, masse dure, régulière, occupant le flanc droit et faisant corps avec la paroi abdominale. Seule l'existence de coliques hépatiques fait penser à un néoplasme.

Intervention en décembre 1907.

Incision sur le bord externe du droit. Infiltration de la paroi par de la sérosité et du sang. Péritoine épaissi. Son incision laisse échapper de sa cavité une assez grande quantité de liquide séro-purulent. La cavité, ainsi ouverte, est nettement sous-hépatique, et on y trouve quatre calculs biliaires. On ne trouve plus de vésicule, mais des blocs de substances blanchâtres, scléreux ou caséeux, suivant les points.

On enlève ces blocs disparates et on tamponne la cavité à la gaze. Suture partielle de la paroi, et drainage à la gaze.

Cinq semaines après, il s'écoule par la plaie un liquide que l'analyse révèle être du suc gastrique. La malade se cachectise de plus en plus.

La malade est morte chez elle, deux mois et demi après l'intervention.

Observation X

In thèse Cotte

Cancer du col de la vésicule gastro-entéro-anastomose. — Cholécystostomie. — Cholécystectomie secondaire. — Guérison.

Femme de 50 ans, entre à l'hôpital pour tumeur abdominale. Souffre de l'estomac depuis l'âge de 18 ans. Il y a 15 ans, a eu un ulcus rotundus, avec hématémèses et mélæna. Régime lacté pendant deux ans. A été améliorée,

puis les douleurs sont revenues. Il y a un an, apparition d'une tumeur, à droite de l'ombilic, qui a augmenté constamment depuis lors; a maigri de 13 kilos.

Examen. — Ni ictère ni cachexie. Tumeur lisse, régulière dans l'hypocondre droit. Estomac dilaté.

On pose le diagnostic suivant : ancien ulcère de l'estomac.

Néoplasme en évolution. Hydropisie de la vésicule et péricholécystite.

Laparatomie médiane en mars 1908.

On trouve l'estomac très dilaté, mais pas de néoplasme.

Gastro-entéro-anastomose postérieure.

On se porte ensuite vers la vésicule qui a le volume d'une grosse aubergine; au niveau du col, adhérences épiploïques.

On ponctionne la vésicule, d'où s'écoulent 200 grammes de liquide puriforme; on résèque la moitié de la vésicule entre deux pinces, et on termine par une cholécystostomie.

La vésicule renferme de nombreux calculs à facettes; son fond est épaissi, mais il y a des bourgeons épithéliomateux vers le col.

On décide de faire une ablation secondaire de la vésicule.

Incision médiane le 1er avril 1909; ablation du col et ligature du cholédoque; fermeture de la paroi et drainage.

L'examen histologique montre un épithélioma.

Fistule biliaire qui se cicatrise au début de mai.

Malade sort guérie. Pas suivie.

TRAITEMENT

Il n'y a pas de traitement médical du cancer de la vésicule biliaire. Sans doute, lorsque tous les moyens chirurgicaux seront impuissants à sauver le malade, pourra-t-on avoir recours aux cholagoques, aux désinfectants intestinaux, aux applications calmantes locales ou aux injections de morphine; mais ce sont là les dernières ressources d'une thérapeutique impuissante.

Sitôt le diagnostic posé, il faut intervenir. Mais il faut reconnaître qu'à l'heure actuelle, les statistiques des interventions chirurgicales pour néoplasies de la vésicule sont bien décevantes et que, si la mortalité opératoire est relativement peu élevée, le nombre des guérisons obtenues est à peu près nul; c'est là une raison de plus pour se hâter de porter le diagnostic dès le début et peut-être même, nous le verrons, pour opérer à la phase précancéreuse de la lithiase.

Nous allons rapidement passer en revue les opérations palliatives qu'entraîne le cancer de la vésicule biliaire et quelques-unes des opérations complémentaires (gastro-entéro-anastomose, résection du côlon, etc.), que l'on peut être appelé à faire au cours d'une ablation de vésicule néoplasique.

Opérations palliatives. — La *laparotomie exploratrice* est souvent la seule opération que l'on puisse faire : le diagnostic de néoplasme a été posé, ou bien, au contraire, on croit intervenir pour une vésicule calculeuse ; on pratique l'incision de la paroi et on trouve une vésicule tellement adhérente au péritoine pariétal et aux organes de l'étage sus-mésocolique de l'abdomen que l'on ne peut continuer l'intervention.

Dans les formes très avancées, et nous en rapportons une observation, on trouvera même une cavité remplie de pus et de calculs, et le malade sera alors exposé à une péritonite généralisée ou à une fistule biliaire consécutive à la simple laparotomie exploratrice.

Mais, toutes les fois que le diagnostic de néoplasme a eté posé, il est utile de pratiquer cette intervention ; il est impossible au chirurgien, en effet, de se rendre compte, par le simple examen clinique du malade, du degré plus ou moins avancé des lésions et de l'existence d'adhérences plus ou moins nombreuses ; dans les cas graves, s'il juge inutile une intervention plus efficace, la laparotomie exploratrice ne constituera pas un danger pour le malade, et, dans les cas opérables, elle constituera le premier temps d'une intervention plus radicale.

La *cholécystostomie* semblerait devoir être pratiquée dans ces cas graves, et elle a été souvent réalisée ; or, si l'on consulte les statistiques, on trouve en moyenne 10 à 20 0/0 de morts rapides après la cholécystostomie ; le shock l'infection, l'hémorragie en sont les causes les plus fréquentes. Cette intervention est donc déjà grave par elle-même ; de plus, les résultats qu'elle donne, au point de vue de l'atténuation des symptômes, sont nuls.

Il semblerait, en effet, que l'ictère soit une indication à la cholécystostomie ; mais l'ictère n'est pas dû, le plus sou-

vent, à la compression du cholédoque, et si, à la dernière période de la maladie, le cholédoque est comprimé par les ganglions, le canal cystique le sera lui aussi. Il sera surtout obstrué par les végétations de la tumeur, par les calculs ou par la bile, épaisse et transformée, que contient la vésicule.

Par conséquent, la cholécystostomie est une intervention à rejeter, d'abord à cause de son inefficacité, en second lieu, à cause de sa mortalité opératoire élevée.

Une autre opération palliative est la *gastro-entérostomie*. Par suite de la compression du duodénum ou du pylore, compression due soit à la tumeur elle-même, soit aux adhérences, le malade présente bien souvent des symptômes de sténose pylorique; c'est, dans ces cas, qu'il sera indiqué de pratiquer la gastro-entérostomie.

Contre-indications du traitement radical. — *L'imperméabilité du cholédoque n'est pas une contre-indication à l'intervention;* en effet, si la masse néoplasique et les ganglions sont extirpables dans ce cas, on sera autorisé à créer ensuite, soit une fistule biliaire par abouchement de l'hépatique à la peau, soit une hépatico-entérostomie.

Les *adhérences* sont la contre-indication que l'on rencontre le plus souvent; elles exposent à la déchirure de l'intestin et à l'hémorragie en nappe que rien n'arrête; elles compliquent l'intervention d'opérations complémentaires, telles que la résection colique; nous en rapportons un exemple dans une de nos observations. Sans doute, l'état général excellent du malade permet, dans certains cas, ces opérations complémentaires, mais le cancer de la vésicule biliaire, à sa dernière période, s'accompagne souvent de cachexie. Aussi, en présence d'adhérences trop étendues, la plupart des chirurgiens préfèrent-ils s'abstenir.

Généralisation hépatique. — Nous verrons plus loin que l'on doit toujours réséquer la portion du foie voisine de la vésicule, mais, lorsque tout le bloc hépatique sera envahi, il faudra renoncer à une intervention inutile.

Opération radicale idéale.— De même que l'on pratique pour le cancer du sein, l'opération d'Halstead, de même, pour le cancer de la vésicule, le chirurgien ne doit pas se borner à enlever la tumeur, mais encore les tissus adjacents, les lymphatiques efférents et les ganglions envahis.

C'est dire que la cholécystectomie simple, si elle peut donner des résultats parfois assez durables dans les néoplasmes au début, ne saurait convenir aux cancers avancés; nous allons rapidement décrire la technique de l'intervention idéale, donnant le maximum de chances de survie.

Le malade sera d'abord préparé soigneusement, car les hépatiques sont très susceptibles. Kehr donne, pour prévenir les hémorragies, des sels de chaux pendant les jours qui précèdent l'intervention.

Position du malade. — Afin de faire saillir la tumeur et de mieux exposer la région, on placera un coussin sous la région lombaire du malade; on aura soin de le retirer au moment de la fermeture de la paroi.

Ce coussin sera avantageusement remplacé par les dispositifs spéciaux de certaines tables d'opération.

Incision. — Les incisions verticales parallèles au bord du muscle droit ne donnent pas assez de jour, pour peu que la tumeur soit volumineuse, surtout dans la position d'hyperextension du tronc.

Les incisions obliques, dont le type est celle de Kocher, permettent une exploration facile du bord antérieur du

foie, mais s'opposent à l'exploration profonde des voies biliaires.

Le même reproche est à faire aux incisions horizontales.

Aussi, les chirurgiens, à l'heure actuelle, donnent-ils la préférence aux incisions combinées obliques et verticales à la fois.

L'incision de Mayo-Robson, combinaison de l'incision de Kocher et de l'incision transversale le long du bord externe du muscle droit, donne un jour considérable; elle expose aux éventrations.

L'incision de Beevan, pratiquée dans le cas que nous rapportons dans notre observation I, donne également un jour très grand; c'est une combinaison de l'incision de Kocher et d'une incision transversale, faite au niveau de la vésicule.

On peut, d'ailleurs, inciser seulement une branche de l'angle pour faire une laparotomie exploratrice et achever l'incision, si le cas est opérable.

L'incision faite, on écarte les lèvres, on rompt les adhérences avec la paroi et on explore la région.

Exploration de la région. — On apprécie le nombre des adhérences, leur friabilité plus ou moins grande, l'état des organes environnants et on cherche à extérioriser le foie par un mouvement de bascule pour bien exposer la région.

Cholécystectomie et résection hépatique. — Les adhérences inférieures une fois décollées, le mieux est de réséquer tout autour de la vésicule la portion de tissu hépatique environnant; on ne devra pas craindre de faire une incision cunéiforme large, car les chances d'enlever complètement la tumeur seront augmentées par cette manœu-

vre et la suture hépatique en sera facilitée. L'incision du foie se fera au bistouri ou au thermocautère; les hémorragies ne sont pas, en général, très abondantes après cette résection, car cette portion du foie est peu vasculaire; on tamponnera d'ailleurs à la gaze, avant de continuer l'intervention.

Certains auteurs décollent le péritoine inférieur de la vésicule biliaire pour péritoniser ensuite; c'est là une technique qui expose l'opérateur à laisser dans l'abdomen quelque fragment néoplasique de la vésicule adhérent à la séreuse.

Ablation des ganglions. — Une fois la vésicule enlevée avec la portion adjacente du foie, on libère le canal cystique avec le ganglion du col et on va à la recherche du ganglion de l'hiatus que l'on fait saillir très facilement comme nous l'avons décrit plus haut. Si l'on soupçonne alors l'envahissement des ganglions rétroduodénaux pancréatiques. on fera le décollement duodénopancréatique de Wiart qui permettra l'exploration de la face postérieure du pancréas et l'ablation des ganglions de la chaîne du cholédoque. On liera le cystique au ras du cholédoque et l'opération sera terminée.

Cette intervention idéale, complète, peut être pratiquée en sens inverse, c'est-à-dire en commençant par l'ablation des ganglions pour terminer par la cholécystectomie avec résection hépatique.

Une fois le cystique lié, on suturera la tranche de section hépatique par des points en U au catgut, prenant le tissu hépatique loin de l'incision, et comprimant modérément le tissu.

On drainera au niveau de la partie inférieure de l'incision, car l'opération est souvent suivie d'une menue hémorragie, quelquefois même d'une fistule biliaire.

Nous ne parlons pas bien entendu des opérations complémentaires, telles que suture intestinale, interventions sur l'hépatique, qui pourront être nécessaires dans certains cas.

Complications. — L'*hémorragie* de la tranche de section hépatique ne présente pas généralement de gravité. Il semble même que la déchirure du foie par traction sur les adhérences qui unissent l'organe à la vésicule soit plus à craindre que l'hémorragie donnée par une tranche de section nette. De plus, il faut, dans les hémorragies post-opératoires, faire une grande part à celles qui sont déterminées par le suintement sanguin dû à la rupture des adhérences; les adhérences jeunes, déterminées par la péricholécystite sont très vasculaires en effet, et il faudra éviter autant que possible de les rompre; on liera toutes celles qui sont accessibles.

La *fistule biliaire* est notée dans bien des observations; due à l'ulcération des conduits biliaires, elle se tarit généralement au bout d'un temps qui varie de quinze jours à deux mois et ne semble pas affaiblir considérablement le malade.

Résultats opératoires. — Ils sont assez difficiles à établir, car, jusqu'à ce jour, les opérations tentées pour cancer de la vésicule biliaire ont été ou incomplètes, ou pratiquées sur des cas trop avancés.

En prenant la moyenne des statistiques de Cotte, on trouve 15 à 20 0/0 de morts post-opératoires; elles sont dues, le plus souvent, au shock, à l'hémorragie, à la péritonite; il ne faut pas oublier que presque tous ces cas de mort se rapportent à des néoplasmes anciens avec adhé-

rences multiples. La durée moyenne des survies peut être représentée par le tableau suivant:

Survies de moins de 6 mois	15
Survies d'un an environ	7
Survies de 2 ans	2
Survies de 3 ans	5
Survies de 4 ans	4
Survie de 5 ans	1
Survies inconnues	9

Le professeur Tédenat, dans les six observations que nous rapportons, a obtenu:

Une survie de 2 mois et demi;
Une survie de 4 mois;
Une survie de 9 mois;
Une survie de 13 mois, avec décès sans récidive;
Une survie de 26 mois;
Une survie de 4 ans et 3 mois.

Ces résultats ne sont pas très encourageants et il ne faut pas s'étonner si, brisés par l'insuccès, quelques chirurgiens ont renoncé à l'opération de ces néoplasies vésiculaires. Ils se bornent au traitement médical et estiment que ce traitement donne à peu près la même survie que la moyenne des interventions et n'exposent pas le malade à la mort post-opératoire.

D'autres, au contraire, ont pu dire que le meilleur traitement du cancer de la vésicule était l'ablation des vésicules non cancéreuses. De même que l'on enlève un adénome du sein, lorsqu'on craint sa transformation en tumeur maligne, de même que l'on enlève l'appendice d'un malade ayant présenté quelques crises, de même on doit pratiquer l'ablation des vésicules lithiasiques.

Ainsi formulée, cette opinion est trop radicale, mais elle renferme, à notre avis, et c'est aussi celui de notre maître, M. le professeur Tédenat, une certaine part de vérité.

J.-L. Faure a dit, dans le *Traité de chirurgie,* au sujet du cancer de la vésicule : « Il est évident qu'un cancer de la vésicule ne trouvera quelque chance de guérison que dans une opération complète, et une opération ne pourra être complète qu'à la condition d'être très précoce. La question est donc insoluble ou plutôt elle n'a qu'une solution : c'est la laparotomie exploratrice extrêmement hâtive, tout à fait au début, au moindre signe d'une affection vésiculaire chronique. Mais chaque chose vient en son temps et nous n'y sommes pas encore... »

Nous avons dit que, d'après les statistiques de Petersen, 20 0/0 des calculeux succombaient au cancer de la vésicule, 10 0/0 d'après celles de Czerny et de Riedel, mais que ces chiffres étaient exagérés, parce qu'ils n'étaient basés que sur les cas graves de lithiase.

En considérant tous les cas, il semble bien qu'il n'y ait que 3 à 6 0/0 de calculeux qui deviennent cancéreux.

Il ne faut donc pas vouloir systématiquement opérer tous ces malades ; une lithiase ne se manifestant que par des crises frustes, revenant à intervalles éloignés, avec un état général satisfaisant, n'est pas une indication opératoire.

Mais, en présence d'un malade atteint d'ictère chronique, de cholérine menaçante, de douleurs continues, dont l'état général s'altère de jour en jour, ne vaudrait-il pas mieux opérer ? Si ce malade ne succombe pas au cancer, n'est-il pas sans cesse exposé à un amaigrissement continu et progressif, à des troubles dyspeptiques constants, à des poussées d'angiocholites, à la péritonite, aux fistules biliaires, à l'insuffisance hépatique, enfin ? Par l'opération, au

contraire, non seulement on préviendra la transformation néoplasique de la vésicule, mais on mettra un terme à l'altération fatale de l'état général du malade.

On peut donc conclure, en tenant compte de tous les cas :

Dans les cas bénins, les plus fréquents, les cures à Vichy, à Brides et à Carlsbad, ou, simplement, une médication, une hygiène et un régime appropriés suffiront à prévenir les complications.

Dans les cas graves, au contraire, dans les cas de calculs déterminant des poussées inflammatoires, des ictères récidivants, des douleurs habituelles, le chirurgien doit conseiller au malade la cholécystectomie précoce qui sera seule efficace ; le jour où cette règle de conduite sera adoptée, on n'aura plus de cancer succédant à la lithiase ; or, la lithiase est la cause du cancer dans 90 0/0 des cas.

CONCLUSIONS

I. D'affection purement médicale jusqu'en 1890 environ, le cancer de la vésicule est passé, vers cette époque, dans le domaine chirurgical.

II. Les interventions pratiquées depuis lors ont nettement établi le rôle considérable que joue la cholécystite calculeuse chronique dans l'apparition des néoplasies vésiculaires.

III. Au point de vue clinique, il est impossible de diagnostiquer le moment où une vésicule calculeuse devient néoplasique.

IV. Le traitement chirurgical est souvent impossible à appliquer dans les cas anciens avec adhérences; dans les cas où l'on peut intervenir, la mortalité opératoire est faible, mais la récidive survient avec une décevante rapidité: de un mois à cinq ans.

V. Aussi, semble-t-il, à l'heure actuelle, que le résultat de ces constatations soit le suivant: traitement médical pour les lithiases biliaires bénignes, traitement chirurgical précoce pour les cholélithiases anciennes et persistantes, compliquées de cholécystites.

Dans bien des cas, ce dernier traitement serait préventif ; si, au contraire, il atteignait le néoplasme à son début, il donnerait, méthodiquement conduit et accompagné de résection hépatique avec ablation ganglionnaire, le maximum de chances de survie.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons relevé la bibliographie du cancer de la vésicule biliaire que de 1908 *à* 1914. *On trouvera la bibliographie antérieure dans la thèse de Cotte* (*Lyon,* 1908).

Arnold. — Cancer de la vésicule biliaire. Société des médecins de Düsseldorf, déc. 1908.

Albertin et Maire. — Néoplasme de la vésicule biliaire. Lyon médical, mars 1908. Résumé *in* Journal de chirurgie, 1908, p. 174.

Arnaud. — Contribution à l'étude clinique de quelques formes du cancer de la vésicule biliaire. Thèse de Lyon, juillet 1911.

Büchmann. — Sur les cancers doubles de la vésicule biliaire. Archiv. für Verdanungs-Krankheiten, oct. 1910. Résumé *in* Journal de chirurgie, 1910, p. 730.

Colomer. — Cancer de la vésicule. Thèse Montpellier, juillet 1908.

Carnot et Baufle. — Sur la généralisation à toute l'attache mésentérique de l'intestin d'un cancer de la vésicule. Soc. médicale des hôpitaux de Paris, novembre 1911.

Clermont. — Diagnostic et traitement du cancer de la vésicule. Thèse Toulouse, 1909.

— Formes cliniques et diagnostic du cancer de la vésicule. Archives médicales de Toulouse, fév. 1910.

Clermont. — Lymphatiques des voies biliaires. Anatomie pathologique et traitement chirurgical du cancer de la vésicule. Th. Toulouse, déc. 1908. Résumée *in* Journal de chirurgie, 1909, p. 206.

Cholmeley. — Résection partielle de la vésicule pour épithélioma. British medical journal, déc. 1909.

Dominici. — Sur une tumeur rare de la vésicule biliaire. Etude clinique et anatomopathologique. Archiv. für klinische Chirurgie, oct. 1911.

Desplats et Augier. — Cancer du foie et de la vésicule biliaire. Société des sciences médicales de Lille, février 1909.

Fourdinier. — Cancer de la vésicule. Adhérences entre le foie, la vésicule et le côlon transverse. Obstruction intestinale. Société des sciences médicales de Lille, avril 1910.

— Cancer de la vésicule biliaire. Société des sciences médicales de Lille, mars 1910.

Fink. — Contribution clinique au carcinome de la vésicule biliaire. Semaine médicale de Prague, août 1909.

Friedmann. — Deux cas de petit cancer latent de la vésicule biliaire compliquant la lithiase biliaire avec localisation et extension rare des métastases. Th. de Münich, mars 1909.

Goldschmidt. — Cancer de la vésicule biliaire adhérent au côlon transverse : lithiase biliaire, métastases hépatiques, métastases dans un rameau de la veine porte. Société de médecine de Francfort, septembre 1908.

Guyot. — Contribution à l'étude clinique de quelques formes du cancer de la vésicule biliaire. Thèse Lyon, juillet 1911.

Hersheimer. — Cancer cylindrique de la vésicule biliaire. Société des médecins de Wiesbaden, janvier 1911.

Hersheimer. — Cancers de la vésicule et des voies biliaires. Soc. des médecins de Wiesbaden, mai 1911.

— Cancers de la vésicule et des voies biliaires. Société des médecins de Wiesbaden, septembre 1910.

Huggins et Ingrauns. — Sur deux cas de cancer de la vésicule avec des remarques sur son origine lithiasique. Surgery, gynaecology and obstetrics, janvier 1909.

Jehanin. — Difficulté du diagnostic du cancer primitif de la vésicule biliaire. Th. Montpellier, juillet 1911.

Keppich. — Trois cas de cancer de la vésicule. Société des médecins des hôpitaux de Budapest, février 1911.

Kehr. — Quelles sont les indications réciproques du traitement médical et du traitement chirurgical de la cholélithiase d'après les données pathologiques de Aschoff? Berliner klinische Wochenschrifft, t. XLIX, 10 janvier 1912. Résumé *in* Journal de chirurgie, 1912, p. 236.

Luckett. — Un cas de lithiase biliaire et cancer de la vésicule avec envahissement de la paroi abdominale. American journal of surgery, avril 1911.

Labbé et Bith. — Lithiase biliaire et cancer de la vésicule. Société anatomique de Paris, 10 mai 1912.

Lôwenstein.— Proliférations épithéliales provoquées dans la vésicule du rat par les trichosomes. Beitraege zür klinischen Chirurgie, septembre 1910.

Moreau. — Endothéliome de la vésicule biliaire empyémateuse et renfermant des calculs. Journal de chirurgie belge, février 1911.

Makovsky. — De l'intervention chirurgicale dans le cancer primitif de la vésicule biliaire.Chirourgiutchevsky Archiv. Veliami nova, t. I, 1911.

Meyer. — Un cas de cancer primitif de la vésicule. Société des chirurgiens russes de Moscou, fév. 1912.

Marcora. — Sur une tumeur rare de la vésicule biliaire. Société médico-chirurgicale de Pavie, mai 1912.

Materna. — Cancer de la vésicule. Société des médecins de Styrie, janvier 1910.

Pagenstecher. — Cancers de la vésicule. Société des médecins de Wiesbaden, juin 1911.

— Sur le cancer de la vésicule biliaire. Sammlung klinischer Wortraege, Leipzig, nos 686-687. Analyse *in* Journal de chirurgie, février 1914, p. 255.

Potherat. — Cancer de la vésicule. Société de chirurgie de Paris, juillet 1908.

Quante. — Sur un épithéliome pavimenteux de la vésicule biliaire. Thèse de Giessen, mai 1909.

Quénu. — Cancer de la vésicule. Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1908.

Roger et Jourdan. — Cancer de la vésicule. Société des sciences médicales de Montpellier, 17 mars 1911.

Riedel. — Diagnostic et traitement du cancer de la vésicule. Semaine médicale de Münich, juin 1911.

Rotgans. — Cancer de la vésicule. Association pour l'avancement des sciences médicales d'Amsterdam, janvier 1910.

Thein. — Cancer de la vésicule à la suite d'un traumatisme. Monatschrift für Unfalbkeilkunde und Invalidenwesen, déc. 1911.

Tytler. — Cancer de la vésicule. Société médico-chirurgicale de Montréal, février 1910.

Tixier, Patel et Bérard. — Enorme cholécystite calculeuse déterminant de la sténose pylorique; gastro-entéro-anastomose et cholécystostomie; cancer primitif de la vésicule; cholécystectomie secondaire; guérison. Société de chirurgie de Lyon, mai 1908.

Van der Veer. — Quelques observations sur les calculs biliaires, en particulier au point de vue du cancer de la vésicule. New-York medical journal, février 1910.

— Association chirurgicale et gynécologique du Sud. XXXIIe Congrès, déc. 1909.

Wiesinger. — Enorme cancer de la vésicule biliaire. Réunion des chirurgiens allemands du Nord-Ouest. Hambourg, janvier 1910.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 24 novembre 1914,
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 24 novembre 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !